

**INFORME DE COPAGOS ATRASADOS**

**A:**  
 NOMBRE DEL ESPECIALISTA EN CUIDADO DE NIÑOS \_\_\_\_\_ NUM. DE FAX \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP) \_\_\_\_\_

**DE:**  
 NOMBRE DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_ NUM. ID DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE DONDE EL PROVEEDOR \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE/MADRE/PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_ NUM. ID \_\_\_\_\_  
 NOMBRE(S) DEL NIÑO(S) \_\_\_\_\_

He intentado cobrar los copagos y no he recibido la cantidad total debida por el periodo de tiempo desde \_\_\_\_\_ (Fecha)  
 hasta \_\_\_\_\_ (Fecha)

Por este periodo tiempo, estimo que la cantidad total de cargos adicionales es \$ \_\_\_\_\_ y que la cantidad debida en copagos es de \$ \_\_\_\_\_.

He tratado de cobrar la cantidad debida en copagos mediante un intento:  
 Oral  Escrito  Tribunal de Reclamos Pequeños  Otro

**Entiendo que cualquier pago hecho por el padre/madre o persona responsable será aplicado primero al balance debido en copagos.**

FIRMA DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE DONDE EL PROVEEDOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**COPAGO:** Una cuota diaria establecida que el DES asigna a las familias a base del tamaño y los ingresos de la familia elegible. El copago no se refiere a la diferencia (*cantidad de dólares*) entre la cantidad que el DES reembolsa al proveedor y los cargos reales del proveedor.

**CARGOS ADICIONALES:** Toda cuota cobrada por el proveedor que excede a la tarifa de reembolso del DES, menos cualquier copago establecido por el DES, es un cargo adicional. Esta es la cantidad diaria de la tarifa del proveedor que el DES no subvenciona, y es responsabilidad del padre/madre/guardián reembolsarla al proveedor. Los cargos adicionales no son copagos.

**DE AQUI EN ADELANTE SOLO PARA USO DEL DES**

NOMBRE DE PADRE/MADRE O PERSONA RESPONSABLE (Apellido, nombre de pila) \_\_\_\_\_

1. NOMBRE DEL 1ER NIÑO	NUM. ID	1A. CANTIDAD TOTAL DE COPAGOS SIN PAGAR POR NIÑO 1: \$
2. NOMBRE DEL 2DO NIÑO	NUM. ID	2A. CANTIDAD TOTAL DE COPAGOS SIN PAGAR POR NIÑO 2: \$
3. NOMBRE DEL 3ER NIÑO	NUM. ID	3A. CANTIDAD TOTAL DE COPAGOS SIN PAGAR POR NIÑO : \$
4. TOTAL DE COPAGOS DEBIDOS (Agregue 1A, 2A, y 3A)		\$
5. CANTIDAD TOTAL PAGADA POR EL PADRE/MADRE O PERSONA RESPONSABLE DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO MENCIONADO		\$
6. CANTIDAD DE COPAGOS DEBIDOS POR EL PADRE/MADRE O PERSONA RESPONSABLE (si la cantidad en la línea 4 es mayor que la cantidad en la línea 5, resta la línea 5 de la línea 4 y escriba el resultado aquí.)		\$
7. EL PADRE/MADRE O PERSONA RESPONSABLE NO DEBE COPAGOS (si la cantidad en la línea 5 es igual o mayor que la cantidad en la línea 4, escriba 0 aquí.)		\$

1. NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE DONDE EL PROVEEDOR \_\_\_\_\_ FECHA DE COMUNICACION CON EL PROVEEDOR \_\_\_\_\_

2. SITUACION DEL COPAGO  Resuelto  No resuelto (si no está resuelto, llene 3 a continuación)

3. FECHA EN QUE EL AVISO DE ACCION (CC-502) FUE ENVIADO AL CLIENTE (llene 4 y 5 antes del 30vo día)

4. NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE DONDE EL PROVEEDOR \_\_\_\_\_ FECHA DE COMUNICACION CON EL PROVEEDOR \_\_\_\_\_

5. SITUACION DEL COPAGO  Pagado en su totalidad  Arreglos satisfactorios hechos  Caso cerrado

VERIFICADO POR \_\_\_\_\_ TITULO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con: 602-542-4248.